***Załącznik nr 2 do Regulaminu Realizacji Projektu***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/RODZIC**

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X”, bądź uzupełnienie treści)

1. **DANE PODSTAWOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3.** |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

*Nazwisko Imię Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5a.** |  |  | **5b.** |  |  |  | **5c.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Miejsce urodzenia Płeć (M, K) Wiek (pełne lata) PESEL*

1. **ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Miejscowość Ulica Nr budynku Nr lokalu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Kod pocztowy Województwo Powiat*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Gmina*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** | Miejsce zamieszkania  *(proszę wstawić* ***X*** *w odpowiedniej pozycji)* | *\*Wieś* |  |  | *\*\*Miasto* |  |  |  |  |  |  |

*\*Obszar wiejski – teren położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej*

*\*\* Obszar miejski – miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko-wiejskiej*

1. **DANE KONTAKTOWE** (obowiązkowo)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Nr telefonu Email*

1. **DANE DODATKOWE**
2. **Wykształcenie** (Proszę wstawić znak **X** przy wybranej pozycji)

□ podstawowe □ gimnazjalne □ ponadgimnazjalne □ policealne □ wyższe

……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **informacje DODATKOWE**

**12. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami ?**

□ tak i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: □ lekkim □ umiarkowanym □ znacznym

□ nie

**13. Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?**

□ tak □ nie

**w tym:**

**żyjącą w gospodarstwie domowym z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną?**

□ tak □ nie

**żyjącą w gospodarstwie domowym z więcej niż 2 dzieci?**

□ tak □ nie

**14. Czy jest Pan(i) osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci?**

□ tak □ nie

**15. Czy ktoś z Pana(i) domowników jest osobą uzależnioną (np. od alkoholu, narkotyków, substancji psychoaktywnych…)?**

□ tak □ nie

**16. Czy sprawuje Pan(i) opiekę nad dzieckiem do 7 lat lub osobę zależną?**

□ tak □ nie

**17. Czy Pana(i) rodzina jest rodziną zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym przeżywającą trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej ze względu na wychowywanie dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, kwalifikującą się lub korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej?**

□ tak □ nie

**18. Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?**

□ tak □ nie

**19. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia?**

□ tak □ nie

1. **INFORMACJE O SYTUACJI ZAWODOWEJ**

**20.** Oświadczam, że jestem osobą zatrudnioną:

**□** tak\*…………………………………………………………………… □ nie

**jeśli tak**

**(proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X”):**

□ rolnik / domownik rolnika

□ samozatrudniony

□ zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie – zatrudniającym poniżej 10 osób

□ zatrudniony w małym przedsiębiorstwie – zatrudniającym od 10 do 49 osób

□ zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie – zatrudniającym od 50 do 249 osób

□ zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie – zatrudniającym powyżej 250 osób

□ zatrudniony w organizacji pozarządowej

□ zatrudniony w administracji publicznej

\*wpisać nazwę Zakładu Pracy

**21. Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X”):**

□ Bezrobotną, zarejestrowaną w PUP,

□ Bezrobotną, niezarejestrowaną w PUP,

□ Bierną zawodowo - niepracującą, nieposzukującą pracy, uczącą się,

□ Bierną zawodowo - niepracującą, nieposzukującą pracy, nie uczącą się.

**22. Oświadczam, iż należę do jednej z wymienionych poniżej grup:**

w odpowiedni kwadrat wpisać znak ,,x”

**1)** □ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego (…)

**2)** □ osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym zamieszkujące obszary poddane rewitalizacji wskazane w gminnych programach rewitalizacji.

**3)** □ osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ).

**23. Jakich korzyści oczekuje Pan(i) uczestnicząc w Projekcie** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?

* 1. □ poprawa funkcjonowania mojej rodziny
  2. □ dostęp do konsultacji i porad prawnych
  3. □ nabycie wiedzy i umiejętności wychowawczo-opiekuńczych
  4. □ dostęp do specjalistycznych konsultacji i terapii psychologicznych
  5. □ umożliwienie terapii w grupach wsparcia

**24. Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie.**………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. ,,Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwękach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie realizacji Projektupn*.* „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwękach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną”;
2. Zostałam(em) poinformowana(y), że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego);
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adres zamieszkania, numer telefonu, adres mailowy, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu uczestnictwa w projekcie pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwękach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” planowanym do realizacji przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
4. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego ww. Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją   
   i sprawozdawczością w ramach RPSW.09.02.00;
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji ww. Projektu i po jego zakończeniu;
6. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału   
   w ww. Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
7. Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości udziału w formach wsparcia w ramach ww. Projektu;
8. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Oświadczam, iż na dzień składania Formularza Zgłoszeniowego do projektu pn. „**Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwękach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną**” nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych Projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

*……………………………………………………… …..………….………………………………………………………….*

Miejscowość i data Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy

(imię i nazwisko)

1. **POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI DANYCH – przez pracownika PSONI Koło w Staszowie.**

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w pkt. I i II na podstawie dowodu osobistego Uczestniczki / Uczestnika Projektu okazanego mi do wglądu.**

..................................... ............. ………................................................................

Miejscowość Data Czytelny podpis pracownika PSONI Koło w Staszowie